

Sup.

Lane Medical Library

**Beitrag zur Lehre von den traumatischen
psychopathischen Konstitutionen.**

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

**FRIEDRICH - WILHELMS - UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.**

Von

Otto Pohrt

approb. Arzt aus Kokenhusen (Livland).

Tag der Promotion: 23. Juli 1909.

Berlin 1909.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)
Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. Ziehen.

Das Gebiet der Neurosen nach Trauma bietet zwar vieles rein wissenschaftlich Interessante, doch liegt der Schwerpunkt des Interesses ohne Zweifel auf praktischem Gebiet. So ist denn auch in dem Maße, als Unfallgesetze ins Leben traten, mehr als in anderen Gebieten der Unfallkunde gerade auf diesem Gebiet infolge der Schwierigkeit einer Diagnosenstellung und der Abschätzung der Erwerbsbeschränkung bei dem Mangel an objektiv wahrnehmbaren Symptomen, der einer Simulation oder Übertreibung Tür und Tor öffnete, ein heftiger wissenschaftlicher Kampf entbrannt.

Zum erstenmal fanden die Neurosen nach Trauma größere Beachtung, als mit der Entwicklung der Industrie und Eisenbahnen um die Mitte des vorigen Jahrhunderts die Unfälle und damit die Entschädigungsansprüche an die durch Haftpflichtgesetze verantwortlich gemachten Betriebsleitungen sich mehrten. Und zwar gebührt dem englischen Arzt Erichsen der Ruhm, durch zwei Abhandlungen: *On railway and other injuries of nervous system* aus dem Jahre 1866 und *On concussion of the spine, nervous shok and other obscures injuries of the nervous system* aus dem Jahre 1875 den ersten Anstoß zu wissenschaftlicher Bearbeitung dieses Gebietes gegeben zu haben. Leider verfiel Erichsen, so sehr auch heute

noch seine Beschreibung der betreffenden Krankheitsbilder Anerkennung findet, dem Fehler, eine chronische Meningomyelitis als Grundlage der Erkrankungen anzunehmen, ein Irrtum, unter dessen Bann alle Forscher der folgenden Zeit standen, so Leyden in seiner Monographie der Rückenmarkskrankheiten, Bernhard, Westphal und der Eisenbahnarzt Rigler, dessen Abhandlung: Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere der Verletzungen des Rückenmarks, Berühmtheit erlangte. Der erste, der die alte Anschauung durchbrach, war der Psychiater Moeli, indem er in einem Vortrag im Jahre 1881 nachwies, daß nach Trauma Krankheitsbilder mit Symptomen psychischen oder doch vorwiegend psychischen Ursprungs aufträten. Noch Oppenheim hielt an dem organischen Ursprung eines Teils der Symptome fest, bis unter dem Einfluß Charkots die Anschauung, daß die typischen Symptome der Neurosen nach Unfall funktionellen Ursprungs seien, die herrschende wurde. Nachdem so auf dem Gebiete der Ätiologie der Kampf verstummt war, entbrannte er auf einem anderen Gebiete, und zwar durch die im Jahre 1888 erschienene Arbeit Oppenheims: Die traumatische Neurose, die zu der mißverständlichen Annahme einer nur nach Trauma auftretenden und für diese typischen Neurose führte, einer Annahme, die gar nicht im Sinne Oppenheims gelegen hatte, doch ließ man nach einiger Zeit diese traumatische Neurose fallen, vor allem unter Strümpells Einfluß, der lehrte, daß die nach Trauma auftretenden Neurosen Hysterien oder Neurasthenien oder Mischungsformen beider seien.

Hatte man bisher auf die somatischen Symptome dieser nach Trauma auftretenden Erkrankungen des Zentralnervensystems das größere Gewicht gelegt, wie schon der Name Neurosen zeigt, so konnte nun Ziehen, indem er lediglich die psychischen Veränderungen berücksichtigte, nachweisen, daß es eine Erkrankung nach Trauma gäbe, deren nervöse Symptome in nichts von denjenigen der Neurasthenie abwichen, deren psychische sich aber weder unter der Hysterie noch unter der Neurasthenie noch unter Mischformen beider unterbringen ließen, daß es also doch eine traumatische Neurose oder, wie Ziehen sie nannte, eine traumatische psychopathische Konstitution gäbe, die er zuerst in seinem 1894 erschienenen Lehrbuch beschrieb, wozu dann später, 1905 und 1906, in den Charité-Annalen Zusätze erschienen. Und zwar gelang Ziehen der Nachweis dieser neuen Erkrankungsform, indem er zeigen konnte, daß nach Trauma Krankheitsbilder folgenden Verlaufs aufträten: meist langsam, aber unmittelbar an das Trauma anschließend entwickeln sich bei dem Patienten: Reizbare Stimmung, eine unbestimmte Depression, die auch nicht verschwindet, wenn der Patient frei von wesentlichen Beschwerden ist. Einbuße an Vielseitigkeit der Interessen und Konzentration derselben auf das Trauma. Rasch eintretende geistige Ermüdung. Abnahme der Schnelligkeit und Weitsichtigkeit des Urteils und ein Nachlassen der intellektuellen Produktivität (ein Symptom, das Ziehen mit großer Wahrscheinlichkeit auf multiple feinste organische Läsionen des Gehirns zurückführen zu können glaubt). Die Handlungen lassen im Vergleich

zur Zeit vor dem Trauma Energie und Umsicht vermissen. Selten kommt es nachträglich zur Entwicklung einer traumatischen Demenz. Doch können sich auch andere Psychosen, wie Paranoia, auf dem Boden der traumatischen psychopathischen Konstitution entwickeln. Vollkommene Heilungen sind sehr selten.

Es sollen nun im folgenden als Beitrag zu der Lehre von den traumatischen psychopathischen Konstitutionen einige Krankengeschichten von in der psychiatrischen Klinik des Königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin beobachteten Fällen im Auszug, d. h. mit Weglassung der hier weniger interessierenden nervösen Symptome, mitgeteilt werden, und diese zum Schluß eine gemeinsame Besprechung erfahren.

Fall I.

S. Z., 39jähriger Fabrikarbeiter. Beobachtet vom 30. IV. 06—8. V. 06.

Der Patient ist unbelastet. Potus: 1 Glas Bier täglich. Seine Kindheitsentwicklung war eine normale. Eine Schule hat er nicht besucht. Er war als Landarbeiter, zeitweise auch in Ziegeleien tätig. Seit seinem Unfall hat er nicht mehr gearbeitet. Diesen erlitt er im August 1901: es flog ihm ein Stück Eisen gegen den Schädel, dicht oberhalb des rechten Ohres. Dieses Trauma hatte nach ärztlichem Attest eine große Weichteilverletzung oberhalb des rechten Ohres zur Folge, unterhalb deren ein 5—7 cm großes Knochenstück nach innen eingetrieben war, das sich später abstieß. Z. war sofort

bewußtlos und kam erst in einem Krankenhaus wieder zu sich. Dort stellte sich Erbrechen, angeblich mit Blutbeimengung, ein. Seit diesem Unfall nun ist Z. andauernd traurig, weil er keine Arbeit finden kann und alles vergißt, so vergißt er z. B. Aufträge unterwegs, auch Erlebnisse von früher hat er vergessen. Er ist leicht aufgeregt. Er leidet an Kopfschmerzen, die bei schlechtem Wetter ärger werden, er ist dann verstimmt und möchte alles zerschlagen. Es kam des öfteren zum Demolieren der Gegenstände seiner Wohnung. Am nächsten Tage erinnert er sich der Vorgänge nur zum Teil. Auf Vorwürfe der Frau erwidert er, er könne nichts dafür.

Es sind im Laufe der Zeit 6 Gutachten über Z. erstattet worden, die sich zum großen Teil für 75 Proz. Erwerbsbeschränkung aussprachen.

Der Befund war folgender: Mäßig kräftiger Körperbau. Fettpolster wenig entwickelt. Radialis leicht verhärtet. Schädel niedrig, sein Umfang 52 cm. Oberhalb des rechten Ohres eine etwa 5 cm lange Narbe mit Knochen-depression. Beklopfen ist auf der ganzen rechten Schädel-seite schmerzhaft. Die Intelligenzprüfung gestaltete sich folgendermaßen:

$$\begin{array}{rcl} 2 \times 2 = ? &] & 3 \\ 7256 &] & 723 \\ 8374 &] & 82 \end{array}$$

Aufgefordert, sich die Zahl 87 zu merken, hat er sie in wenigen Sekunden wieder vergessen.

Welche Farbe hat der Schnee?] ?

Berlin Hauptstadt von?] Weiß ich nicht.

Ochse — Pferd] Der Ochse hat Hörner.

Fluß — Teich]	Weiß ich nicht.
Darf man stehlen?]	Nein.
Warum nicht?]	Man wird bestraft.
Wann ist man vor Strafe sicher?]	Weiß ich nicht.

Eine spätere Prüfung (am 5. V.) verlief:

417] 41 5

Aufgefordert, nicht zu übertreiben:

529] 529

697] 697

2957] 2987

Zunächst möge nun hier gleich die Frage nach der Bewertung der Angaben der Unfallspatienten erledigt werden, da sie nicht nur für die richtige Beurteilung des Falles I, sondern ebenso sehr für die folgenden Fälle von der größten Wichtigkeit ist. Gerade hier herrschen die weitgehendsten Differenzen, indem manche so weit gehen, zu erklären, der größte Teil der Klagen des Unfallspatienten sei entweder simuliert oder übertrieben, während andere mit einem solchen Faktor gar nicht rechnen. Aus der Überlegung heraus nun, daß zwar der Traumatiker ein persönliches Interesse hat, seine Beschwerden dem Arzte gegenüber zu übertreiben, um eine möglichst hohe Rente zu erhalten, daß er in vielen Fällen durch häufige Untersuchungen dasjenige kennen lernt, worauf es ankommt, daß man aber andererseits aus glaubwürdigen Fällen, in denen die verunglückten Patienten keine Rente zu erwarten hatten, weiß, daß der Traumatiker in der Tat unter erheblichen Beschwerden leiden kann, scheint ein Mittelweg der entsprechendste zu sein. Zieht man nun

noch das in Betracht, daß der Traumatiker oft während längeren Krankenlagers auf seine Beschwerden achten lernt, und die daraus resultierende hypochondrische Beurteilung derselben, beurteilt man vor allen Dingen die eben genannten Faktoren nicht schematisch, sondern von Fall zu Fall, so wird man wohl in den meisten Fällen wenigstens vor groben Täuschungen bewahrt bleiben.

Unter Berücksichtigung des Vorstehenden, um nun wieder auf den Fall I zurückzukommen, sind wir hier in der Lage, eine Aggravation nach dem Verlauf der Intelligenzprüfung festzustellen, doch kann diese wohl kaum als erhebliche anzusehen sein, da sich die meisten Beobachter für 75 Proz. Erwerbsbeschränkung ausgesprochen haben.

Was nun der Fall an wichtigen Einzelheiten bietet, ist zunächst ein recht typisches Bild des Kampfes um die Rente, jener unglücklichen Folge der Unfallgesetzgebung, eines Kampfes, der mit mehr oder weniger Leidenschaftlichkeit geführt, den Unfallpatienten nicht zur Ruhe kommen läßt, deren er unbedingt bedarf, und ohne die eine Besserung nicht zu erwarten ist, der durch immer neue Untersuchungen den Traumatiker immer wieder zwingt, sich mit seinen Beschwerden zu beschäftigen, was für den zu Hypochondrie schon an sich neigenden Traumatiker im Interesse einer Heilung sehr unerwünscht ist. Als bemerkenswert mögen hier noch die Zornaffekte, angeblich verbunden mit Unorientiertheit und nachfolgender teilweiser Amnesie, und die Tatsache hervorgehoben werden, daß hier einem schweren Trauma (komplizierter Schädelbruch mit allen Symptomen einer Kommotion) ein schwerer Krankheitsverlauf ent-

spricht. Leider finden wir hier trotz Intelligenzprüfungen für die wichtige Frage nach Intelligenzdefekt bei den traumatischen psychopathischen Konstitutionen bei dem Mangel einer Schulbildung bei dem Patienten kein einwandfreies Material, so daß man sich begnügen muß festzustellen, daß sich ein leichter Intelligenzdefekt nicht ausschließen läßt.

Fall II.

J. M., 45 jähriger Schutzmann. Beobachtet vom 11.I.—30.I. 06.

Patient ist unbelastet. Seine Kindheitsentwicklung verlief normal; er lernte in der Schule gut. Potus: 2 Flaschen Bier täglich, gelegentlich etwas mehr. Während seiner Dienstzeit hat er sich außer einem mit Arrest bestraften Ausbleiben über Zapfenstreich nichts zuschulden kommen lassen. 1887 trat er in den Dienst der Berliner Straßenbahn, wurde 1893 Schutzmann und hatte als solcher ein Gehalt von 1700 M., wozu noch Nebenverdienste durch Hausverwaltung kamen. Mit seiner Frau lebte er bis vor einigen Jahren in glücklicher Ehe.

Es lassen sich nun bei M. folgende zwei Schädeltraumen nachweisen: 1876 erhielt er bei einem Überfall durch Soldaten drei Säbelhiebe über den Kopf, war angeblich 2—3 Tage bewußtlos und erbrach andauernd. Der Arzt soll der Mutter gegenüber bezüglich der Verletzungen geäußert haben: Sie sehen doch das Gehirn durch die Wunde. 1899 erhielt M. bei Ausübung seines Dienstes als Schutzmann Schläge auf den Kopf; Bewußtlosigkeit trat nicht ein.

1903 nun stellten sich bei ihm Zornanfalle, mit Zwischenräumen von 2—3 Monaten auftretend, ein, und zwar „bildete er sich aber vorher erst etwas ein“, wie die Frau angab. So kam er z. B., wie die Frau angab, zu ihr und sagte: Wem hast Du die 30 M. gegeben, die ich dir geben mußte? Was war das für ein Kerl? Dabei hatte dieses oder Ähnliches gar nicht stattgefunden. Die Anfälle häuften sich, und M. machte nicht nur seiner Frau, sondern auch ihm unbekannten Personen Szenen, die allerdings z. T. mit Alkoholgenuß in Beziehung standen.

In der Nacht vom 4. zum 5. XI. 05 drang M. in die Wohnung seiner Frau ein (sie lebte von ihm getrennt), stieß diese gegen die Wand, zertrümmerte die Fenster und, legte sich schließlich auf Zureden der Tochter aufs Sofa und schlief ein. Als er erwachte, fing er von neuem an zu toben, schlug seine Frau mit einem Bierglas und warf ihr mehrere Gläser nach. Über die geschilderten Vorgänge vernommen, gab M. an, er habe in der betreffenden Nacht eine große Unruhe verspürt und in einem traumhaften Zustand seine Wohnung verlassen. An das später Vorgefallene kann er sich nicht mehr erinnern.

Vor einigen Wochen behauptete M. vor Fremden, seine Frau sei ihm mit einem Bauern ausgerückt, und zur Frau gewendet: „Du Emma, wie heißt der Kerl doch gleich?“ Als ihm darauf die Tochter erwiderte, er sei von Sinnen, schlug er sie ins Genick, daß sie Nasenbluten bekam.

Am 3. X. 05 lief er plötzlich aus dem Dienst fort, da er dachte, seine Frau sei ihm untreu. Es war ihm so, als wenn ihm jemand sagte, er solle zu seiner Frau

gehen, um sich zu überzeugen, ob sie ihm treu sei. Worte habe er zwar nicht gehört. Er wurde deswegen in Strafe genommen.

Am 28. VIII. 05 fuhr M. in einer Droschke bei einer Bäckerei vor, wechselte hier 20 Mark und schickte den Lehrling mit einem Trinkgeld zu dem nebenan wohnenden Schankwirt mit dem Auftrag, ihm Bier zu holen. Als eine Frau L. nun den Kutscher aufforderte, er möchte doch den betrunkenen Schutzmann nach Hause fahren, stürzte M. auf die Frau, zerriß ihr einen Ärmel und schlug nach einem der Frau zu Hilfe kommenden Lehrling mit dem Säbel.

Nach Angaben der Frau weint er täglich ohne Anlaß. Ferner hat die Frau angegeben, er führe einen unsoliden Lebenswandel und mißhandele sie häufig. Im Gegensatz dazu schildert ihn ein Bericht eines Vorgesetzten als pünktlich, verträglich, willig und nüchtern.

Was hier nun zunächst wieder die Aggravation betrifft, so brauchen wir hier mit einem solchen Faktor nicht zu rechnen, da es sich zum größten Teil um amtliche Feststellungen handelt. Ja, es liegt sogar der Verdacht einer Dissimulation näher, da es sich bei dieser Beobachtung doch scheinbar darum handelt, ob M. noch dienstfähig ist. Jedenfalls scheint doch sein Potus nicht so mäßig gewesen zu sein, wie er selbst angibt, wenn die Angaben der Frau nicht ganz aus der Luft gegriffen sind. So werden wir wohl kaum fehlgehen, wenn wir annehmen, daß allen den geschilderten Zornhandlungen Alkoholgenuß vorherging, was von einigen festgestellt ist. Doch ist hier der Alkohol wohl nur als das aus-

lösende Moment anzusehen; im übrigen handelt es sich um jene bei der traumatischen psychopathischen Konstitution so häufigen Zornanfälle, die hier allerdings sehr ausgeprägt oder modifiziert erscheinen; denn der Patient bezeichnet einen solchen Zustand als traumhaft; er hat angegeben, daß ihm die Erinnerung an das während der Anfälle Vorgefallene fehlt, und es treten schließlich wahnhaftige Vorstellungen auf, so daß man voll berechtigt ist, diese Anfälle als Affektdämmerzustände zu bezeichnen.

Als bemerkenswert möge hier noch die Korrespondenz zwischen schwerem Trauma und schwerer Erkrankung hervorgehoben werden.

III. Fall.

H. L., 37jähriger Pferdeverleiher.

I. Beobachtung vom 27. IV. bis 7. 5. 03.

Nerven- oder Geisteskrankheiten sind in der Familie des L. nicht vorgekommen. Er litt im 7. Lebensjahr an „Nierenwassersucht“, war aber sonst bis zu seinem Unfall nie ernstlich krank. Seinen ursprünglichen Beruf, Maschinentischlerei, mußte er infolge seines Unfalls aufgeben und wurde Pferdehändler. Not hat er nie gelitten. Den erwähnten Unfall erlitt er im April 1895 dadurch, daß ihm angeblich ein Maschinenteil von 10—14 Pfund Schwere aus 30—40 cm Höhe auf den Nasenrücken und die linke Kopfhälfte fiel. Am Kopf fand sich eine kleine Wunde, die Nase war „abgeschunden“. Keine Bewußtlosigkeit, kein Erbrechen, leichter Schwindel.

Der Befund war: L. ist kräftig gebaut, er besitzt eine voluminöse Muskulatur und einen robusten Körperbau. Er macht einen auffallend mißmutigen und verdrießlichen Eindruck und gibt auf Befragen nach dem Grunde seiner Mißstimmung an, er fühle sich von den Schutzleuten fortwährend belästigt und benachteiligt. Er sei deswegen herangetreten und habe sie gefragt, was sie von ihm wollten; dabei wäre er ausfallend geworden und hätte sie beschimpft. So habe er es etwa fünfzehnmal getrieben, und die Folge davon war, daß er für Beleidigungen in Summa etwa 80 Mark hätte zahlen müssen. Er habe eine Wut auf die Schutzleute. Er nennt sich selbst zanksüchtig und immer zum Schlagen bereit; doch könne er, so meint er, nichts dafür. Auch seine Frau und seine Kinder hätten viel von ihm auszustehen und würden von ihm geschlagen. Er hat die Empfindung, als wenn die Leute auf der Straße ihm aus dem Wege gingen und über ihn sprächen, was ihn wütend macht. Diese Erscheinungen sollen sich 6 Jahre nach dem Unfall (1901) eingestellt haben, bis dahin ist er angeblich ganz friedfertig gewesen.

Während der Beobachtung trug er stets einen finsternen Gesichtsausdruck zur Schau. Verfolgungsideen ausgeprägten Charakters äußerte er nicht. Gelegentlich der Schilderung seiner Reizbarkeit brach er in Weinen aus. Nach einer Untersuchung in der Nasenklinik am 30. IV. saß er weinend da, zitterte am ganzen Körper und äußerte, er müsse sich Wasser über den Kopf laufen lassen, um ruhig zu werden und nicht alles kurz und klein zu schlagen. Nach Verlauf einer halben Stunde

kam er dann an und bat in höflicher Weise um Entschuldigung wegen seines Benehmens; er könne nichts dafür.

II. Beobachtung (Aufnahme am 10. I. 04).

Seit seiner Entlassung aus der Klinik (7. V. 03) hat er angeblich nur 2—3 Tage in der Woche gearbeitet, vor allem deswegen, weil er wegen seiner Aufgeregtheit mit seinen Kunden nicht einig werden konnte, bis er Anfang Dezember sein Geschäft aufgab. Inzwischen hat er angeblich wieder 200 Mark Geldstrafen wegen Konflikten mit Polizisten zahlen müssen. Er hat angeblich unsinnige Einkäufe gemacht; so kaufte er Pferde, wenn er keine nötig hatte; er schaffte ein Klavier an, obwohl keiner seiner Angehörigen Klavier spielen konnte. Er bezeichnet sich als aufgeregt, zänkisch und unverträglich. Er kann angeblich nicht mehr richtig schreiben, rechnen und sprechen. Öffentliche Vorträge, wie er es früher getan hat, kann er nicht mehr halten. Er ist vergeßlich geworden, er weiß nicht mehr, wo er seine Sachen hingelegt hat. Er hat angeblich unter Einkaufspreis verkauft, da er diesen vergessen hatte. Er ist, wie er angibt, lebensüberdrüssig. Bei einem Termin habe ihm der Staatsanwalt einen Revolver abnehmen lassen. Der Geschlechtstrieb ist erloschen, während die Potenz erhalten ist.

Die Intelligenzprüfung gestaltete sich folgendermaßen:

583 297] 583 297.

4 631 958] 4 136 298.

Monate rückwärts] Dez., Nov., Oktob., Sept., Aug.,
Juni, Juli, Mai, März, April,
Februar, Januar.

See — Fluß] See ist tiefer wie der Fluß. See
ist Wasser, das von unten zu-
fließt. Fluß ist Wasser, das
eine Quelle hat.

9.13] 91.

3.17] $\frac{41}{51}$.

18 + 17] 35 (schnell).

36 — 18] $\frac{12}{14}$
22.

III. Beobachtung vom 9. I. bis 3. II. 05.

L. hat angeblich vor vier Wochen Mäuse gesehen, ohne daß solche in Wirklichkeit vorhanden waren. Er gibt wieder an, von der Polizei ungerecht behandelt zu werden. Nach dem Grunde gefragt, meint er: Die müssen vielleicht der Polizei schmeicheln, ich nicht. Auf die Frage, warum die Richter gegen ihn parteiisch seien (wie er angegeben hatte), erwidert er: Weil ich eine andere Weltanschauung habe. Welche denn? Die bestehende Gesellschaftsordnung mit Gewalt zum Umsturz zu bringen. Hinsichtlich seiner oben angeführten unsinnigen Einkäufe äußert er: Er sähe daraus, daß er nicht normal sei.

Von der Frau des Patienten haben wir noch folgende Angaben: Sie hat angeblich bis zum Unfall nichts Ab-

normes an ihrem Mann entdeckt. Nach dem Unfall war er so reizbar, daß er über jede Kleinigkeit außer sich geriet. Sie wurde häufig von ihm mißhandelt. Die Kinder schlägt er wegen einer Kleinigkeit maßlos. Sein Gedächtnis hat nachgelassen: „Er fährt auch immer verquer; wenn er nach der Alexandrinenstraße fahren soll, fährt er nach der entgegengesetzten Seite.“

Es sind bisher vier Gutachten über L. erstattet worden.

Hier ist die Frage nach der Bewertung der Angaben des Patienten nicht ganz leicht zu entscheiden; immerhin haben wir aber einige Anhaltspunkte. Sein Benehmen nach der Untersuchung auf der Nasenklinik, die Angabe, der Staatsanwalt habe ihm auf einem Termin einen Revolver wegnehmen lassen, die Art und Weise, wie er seine Weltanschauung schildert, erwecken den Anschein eines gewissen Kokettierens mit seiner Krankheit, einer Pose. Vor allen Dingen gibt uns aber der ungleichmäßige Ausfall der Intelligenzprüfung hier das Recht, erheblich mit Aggravation zu rechnen.

Unter Berücksichtigung des Vorstehenden kann man den Fall etwa als mittelschwer bezeichnen, so daß hier sich also, da es sich um ein leichtes Trauma handelt, Schwere des Traumas und der Erkrankung nicht entsprechen. Erwähnt möge noch werden, daß die Erkrankung erst 6 Jahre nach dem Trauma aufgetreten ist (angeblich).

Was hier nun im Mittelpunkt des Interesses steht, ist eine Reizbarkeit, die sich in Mißhandlungen von Frau und Kindern und in zahlreichen Konflikten mit der Polizei äußert, eine Reizbarkeit, die schon während der

ersten Beobachtung Spuren paranoischen Charakters trägt (er hatte die Empfindung, als wenn die Leute auf der Straße ihm aus dem Wege gingen).

Daneben bestehen eine leichte, aber anhaltende Depression (andauernd finsterer Gesichtsausdruck und seine Äußerung: er habe keine Freude mehr am Leben) und ein leichter Intelligenzdefekt, der sich zwar in der Intelligenzprüfung nicht verrät, den wir aber zur Erklärung der unsinnigen Einkäufe annehmen müssen, ein Symptom, das die Einreihung des vorliegenden Falles unter Neurasthenie nach Trauma ungeeignet erscheinen läßt.

IV. Fall.

S., 57jähriger Mühlenbauer. Beobachtet 1907.

S. lernte rechtzeitig sprechen und laufen. Gelegentliche Enuresis nocturna bis zum 13. Lebensjahr. Er kam in der Schule gut mit. Sein Beruf ist angeblich recht anstrengend. Seine Ehe ist nicht glücklich: die Frau möchte mich loswerden, sie spricht immer, ich bringe Dich nach Dalldorf. 1900 harter Schanker, keine Schmierkur. Potus: 3 Glas Bier täglich, Schnaps selten.

Am 9. VIII. 1906 stolperte S. im Dunkeln, fiel und war einen Augenblick bewußtlos. Er hatte eine leichte Schwellung der Stirn. Blut aus Mund, Nase oder Ohren hat er nicht verloren. Er konnte ohne Hilfe nach Hause gehen, hatte hier ein einmaliges Erbrechen, späterhin stellte sich Durchfall ein, der mehrere Tage anhielt. „Es war mir gerade so, als wenn ich einen Kater hätte.“ Trotzdem arbeitete er aber am nächsten Tage weiter,

doch wunderten sich die Kollegen über sein gelbliches Aussehen.

Seit diesem Unfall nun wird S. „bei längerem Sprechen und Nachdenken so aufgeregt, daß er anfängt zu zappeln“. Die Frau gibt an, seit Weihnachten 1906 schimpfe er häufig mit groben Schimpfworten, sei leicht erregbar und ließe sich dazu hinreißen, seine Frau zu schlagen, während er früher ruhig war und niemals schimpfte. Darüber befragt, erklärt S.: Ach wo, ich verteidige mich bloß, sie fängt immer an, sie bricht den Streit vom Zaun, um mich zu kränken, um mich weg zu haben, um allein zu sein. Auf die Frage, ob seine Frau es mit anderen hielte, erwidert S.: Ich habe keine Beweise, ich denke es mir bloß; sie spricht immer, wenn ich wollte, könnte ich einen ganz anderen Mann haben. Nu denke ich, daß sie einen in Vorrat haben muß. Auf die Frage, ob sein Gedächtnis sich verändert habe, erwidert er: nein, ach wo. Manchmal fällt mir ein Name nicht ein, ich finde ihn aber wieder. Ich denke manchmal darüber nach, daß ich einen Gehirnschlag kriege. Von meiner Lunge wird auch wohl nicht mehr viel übrig sein (bezieht sich auf seinen Bronchialkatarrh). So vergnügt bin ich nicht mehr, habe über nichts mehr Freude.

Der Befund ist: Leichte Schlängelung der Temporalis, Radialis leicht rigide. Stirn leicht nach hinten weichend. Ohrläppchen angewachsen. Die Intelligenzprüfung läßt keinen Defekt erkennen.

Dieser Fall liegt insofern weniger günstig, als der Patient allem Anschein nach leicht belastet ist, Grund genug, daß ein verhältnismäßig leichtes Trauma ohne

Kommotionserscheinungen (wenigstens ausgeprägte) ein voll entwickeltes Krankheitsbild zur Folge hat: Erregbarkeit, Mangel an Konzentrationsfähigkeit, hypochondrische Ideen und eine anhaltende Depression, die Veranlassung ist, den Fall unter die traumatischen psychopathischen Konstitutionen einzureihen.

V. Fall.

X. G., 34jähriger Tischler. Beobachtet 1905.

Nerven- oder Geisteskrankheiten sind in der Familie G.'s nicht vorgekommen. Die Kindheitsentwicklung war eine normale.

Am 25. Juni 1904 nun stolperte G. beim Tragen eines 80 kg schweren Strohschüttlers, wobei ihm dieser auf die linke Kopfseite fiel. Die Folge war eine kleine, leicht blutende Wunde auf dem Nasenbein. G. war nicht bewußtlos und erbrach nicht, doch trat 2—3 Tage nachher eine einige Tage anhaltende Übelkeit auf.

Seit dem Mai 1905 nun ist G. sehr reizbar; so hat er z. B. wegen Mißhandlung eines Fremden, mit dem er in Streit geraten war, 30 M. Strafe zahlen müssen. Seine Frau hat am meisten unter seiner Reizbarkeit zu leiden, wenngleich er sich an ihr angeblicherweise nicht tätlich vergriffen hat. Sein Gesichtsausdruck war stets mißmutig (Angabe der Frau). Sein Amt als Vorsitzender des deutschen Holzarbeiterverbandes hat er aufgeben müssen, da er nicht mehr imstande war, die Verrechnungen zu besorgen. Wenn ihm seine Frau nicht dabei geholfen hätte, wäre er damit überhaupt nicht fertig

geworden. Seine Zeitung, die er früher gern gelesen hat, hat das Interesse für ihn verloren, wie er dann auch findet, daß seine Urteilskraft nachgelassen hat, und seine Interessen sich erheblich eingeengt haben. G. ermüdet sowohl körperlich wie geistig leichter als früher.

Begutachtet wurde er bisher viermal. Das erste Gutachten (16. II. 05) schätzte 25 Proz. Erwerbsbeschränkung, das zweite 20 Proz., das dritte 50 Proz. Diese Rente wurde durch das vierte Gutachten auf 30 Proz. herabgesetzt, da während der Beobachtung eine früher nicht in dem Maße zutage getretene Übertreibung sich bemerkbar machte. Eine Berufung gegen diese Rentenherabsetzung veranlaßte die vorliegende Beobachtung.

Die Intelligenzprüfung gestaltete sich wie folgt: Rechenaufgaben wie $218 - 79$ oder $3 \text{ M.} - 1,32 \text{ M.}$ oder $\frac{1}{2} + \frac{1}{3}$ löst er nicht. Vier hintereinander ihm vorgeschprochene Zahlen wiederholt er noch leidlich sicher, bei 5 oder 6 versagt er vollkommen. Die Urteilsfähigkeit, an Unterschiedsfragen geprüft, war gut. Die Kombinationsfähigkeit entsprach dem Bildungsstand des Patienten. Fuhrmannsche Proben lösten normale Assoziationen aus. Kein Lächeln glitt während seiner Beobachtungszeit über seine Züge, und er äußerte einer Schwester gegenüber, er wolle sich mit einem Handtuch am Bettpfosten aufhängen. Der Besuch seiner Frau ließ ihn ziemlich gleichgültig.

Der vorliegende Fall ist ein Schulfall der traumatischen psychopathischen Konstitutionen. Der Patient, unbelastet, mit normaler Entwicklung in der Kindheit,

erleidet ein Kopftrauma, das nur eine einige Tage anhaltende Übelkeit zur Folge hat. Er gibt an, daß erst 10 Monate später sich Reizbarkeit eingestellt hat, doch darf man sich wohl auf solche Angaben der Patienten nicht verlassen. Dies gilt auch für die vorigen Krankengeschichten, in den meisten Fällen werden sich wohl die Erscheinungen im Anschluß an das Trauma entwickelt haben, doch langsam fortschreitend, so daß sie zunächst übersehen wurden.

Sehr typisch ist hier der Kampf um die Rente, der innerhalb Jahresfrist 4 Gutachten zeitigt, deren letztes die Rente von 50 Proz. auf 30 Proz. erniedrigt, da Aggravation nachgewiesen wurde. Diese tritt zwar auch bei der vorliegenden Beobachtung zutage, und zwar in dem ungleichmäßigen Ausfall der Intelligenzprüfung. Andererseits gibt die Gesamtheit der geäußerten Beschwerden ein so typisches Bild einer traumatischen psychopathischen Konstitution, daß wir auch unter Berücksichtigung dessen, daß es sich hier um einen intelligenten Patienten handelt, der als Vorsitzender des deutschen Holzarbeiterverbandes einen Einblick in solche oder ähnliche Krankheitsbilder haben konnte, der bereits vier Beobachtungen in kurzer Zeit hinter sich hatte, die Aggravation nicht sehr hoch anschlagen werden.

Außer der schon oben erwähnten Reizbarkeit finden wir hier nun noch eine leichte anhaltende Depression, die sich in stets finsterem Gesichtsausdruck zeigt, leichte körperliche und geistige Ermüdbarkeit und ein sich in Einengung der Interessen und der Urteilsfähigkeit dokumentierender Intelligenzdefekt.

Wenn wir nun die vorstehenden Krankengeschichten einer gemeinsamen Besprechung unterziehen, so finden wir, was zunächst die Symptomatologie anlangt, in allen unseren Fällen eine pathologische Reizbarkeit, eine Reizbarkeit, wie wir sie in gleicher Weise auch beim Neurastheniker finden. Was nun die auch in allen Fällen beobachtete Depression anbetrifft, so muß man sich vergegenwärtigen: Der Traumatiker erkrankt zumeist aus voller Gesundheit heraus, er muß wegen der Unfallsverletzungen öfter lange Zeit das Bett hüten, es stellen sich quälende nervöse Symptome ein, er gerät in Nahrungssorgen für sich und oft auch für seine Familie, tröstet sich schließlich mit der Aussicht auf eine Rente. Es kommt schließlich zur Festsetzung einer Rente, die geringer ausfällt, als er geschätzt hatte. Er sieht darin bösen Willen oder Verkennen seiner, wie er glaubt, schweren Erkrankung. Er legt Berufung ein und erhält vielleicht eine etwas höhere Rente, sie dünkt ihm aber noch nicht hoch genug, er legt wieder Berufung ein, sie wird vielleicht wieder herabgesetzt. Durch die immer neuen Untersuchungen wird er fortwährend auf seine Beschwerden hingelenkt, und es stellt sich schließlich eine hypochondrische Betrachtung derselben ein. Aus dem eben Angeführten geht hervor, daß die Depression wenigstens zum Teil psychologisch begründet ist, doch genügt wohl das psychologische Moment nicht ganz zur Erklärung, besonders da es sich um eine anhaltende nicht unterbrochene Depression handelt. Sie ist zwar keine schwere und beschränkt sich darauf, daß der Traumatiker nicht mehr recht die Fähigkeit hat, Freude zu empfinden, daß er

gleichgültig wird. Es werden zwar hin und wieder Selbstmordgedanken geäußert, doch sind diese wohl nicht ernst zu nehmen. Als sonstige Störung des Affektlebens finden wir in mehreren Fällen Weinerlichkeit und Weinen ohne entsprechenden Anlaß.

Reichlich sind die Störungen auf dem intellektuellen Gebiet, und zwar finden wir zunächst dieselbe krankhafte Ermüdbarkeit der Ideenassoziation wie beim Neurastheniker. Diese fällt dem Traumatiker als vorzugsweise körperlich Arbeitendem nicht so sehr in dem Mangel von Konzentrationsfähigkeit auf, obwohl wir auch hierüber in Fall V Angaben finden. Vielmehr ist es die Vergeßlichkeit, über die der Traumatiker klagt, begründet in einer Schwäche der Merkfähigkeit.

Doch genügt die Annahme einer krankhaften Ermüdbarkeit nicht in allen Fällen zur Erklärung der intellektuellen Störungen, so daß wir in einzelnen Fällen, wie oben schon gesagt, einen leichten Intelligenzdefekt annehmen müssen. Damit wird zwischen der traumatischen psychopathischen Konstitution und der traumatischen Dementia eine Brücke geschlagen.

Unter den Handlungen des Traumatikers spielen in den hier vorliegenden Krankengeschichten die Zornhandlungen eine große Rolle: es kommt zu Mißhandlungen von Frau und Kindern, zu brutalem Zertrümmern des Wohnungsmobiliars. Und zwar sind die Patienten dabei meistens voll orientiert und entsinnen sich der Vorgänge genau, während in zwei Fällen hier die Orientiertheit leidet, und teilweise Amnesie eintritt, oder es treten sogar noch Wahnideen hinzu. Selbstverständlich leidet

darunter das Familienleben in hohem Maße, und es kommt schließlich dazu, daß die Frau sich von dem Mann trennt (Fall II). Auch nach außen hin schädigt diese Streitsucht die gesellschaftliche Stellung der Traumatiker, wie bei dem Patienten III, der dadurch gezwungen wurde, sein Geschäft aufzugeben.

Erwähnt möge hier noch werden die typische impulsive Handlung des Patienten II, die er sehr hübsch beschreibt. Eine solche Handlung steht allerdings unter den fünf Krankengeschichten vereinzelt da.

Wie die Tatkraft und die Umsicht leiden, finden wir von den Patienten III und V anschaulich geschildert: mit politischen oder anderen Fragen, die sie früher lebhaft interessierten, beschäftigen sie sich nicht mehr, da sie das Interesse verloren haben; sie lesen ihre Zeitung nicht mehr, sie müssen früher innegehabte angesehene Ämter aufgeben, da sie dieselben nicht mehr zu verwalten vermögen. Doch mögen wohl in den meisten Fällen diese Störungen zwar ähnlich, aber nicht so ausgeprägt sein, wie gerade in den genannten.

Was nun der Verlauf der Krankheit anbetrifft, so muß wohl die Angabe, daß erst längere Zeit nach dem Trauma sich die Krankheit entwickelt hat, wie schon oben erwähnt, darauf zurückgeführt werden, daß sich die Krankheit allmählich, mehr oder weniger langsam anschließend an das Trauma, gebildet hat. Sonstige Angaben über den Verlauf fehlen leider gänzlich, wir wissen nichts über gelegentliche Besserungen oder andauernde solche oder über Heilungen.

Demjenigen nun, der die hier vorliegenden Krank-

heitsbilder aufmerksam verfolgt hat, wird es nicht entgangen sein, daß sie an dem bedauerlichen Mangel an Einheitlichkeit leiden insofern, als ein oder eine beschränkte Anzahl von die Symptomatologie beherrschenden Momenten fehlt, daß die traumatische psychopathische Konstitution als bunte Mischung von Symptomen erscheint, die streng wissenschaftlich die Zusammenfassung zu einem Krankheitsbild nicht gestatten. Was diese Buntheit der Symptomatologie zum großen Teile erklärt, ist die Verschiedenartigkeit der ätiologischen Faktoren, diese sind:

1. das Trauma mit oder ohne nachfolgende Kom-
motionserscheinungen,
2. der mit dem Trauma verbundene Schrecken,
3. die Begehrungsvorstellungen und der Kampf um
die Rente.

Es ist nun ganz außerordentlich schwer, mit Sicherheit zu entscheiden, in welchem Maße die vorgenannten drei Momente für das Zustandekommen der traumatischen psychopathischen Konstitution verantwortlich zu machen sind. Was die Schwere des Traumas anbetrifft, so läßt sich allerdings nach den Krankengeschichten sagen, daß sie auf die Schwere der Erkrankung wenigstens keinen bestimmenden Einfluß zu haben scheint, ferner auch, daß auch ein Trauma ohne deutliche oder überhaupt Zeichen einer Gehirnerschütterung eine traumatische psychopathische Konstitution zur Folge haben kann. Sehr geklärt würde diese Frage werden, wenn es gelänge, eine Anzahl von Traumatikergehirnen anatomisch auf

kleine Blutungen oder sonstige feine Läsionen hin zu untersuchen, für deren Vorhandensein der leichte Intelligenzdefekt, der oft beobachtet wird, spricht. Viel schwieriger wird schon die Frage nach der Bewertung des Schreckens, die gelöst werden könnte, wenn man Fälle sammeln würde, in denen allein durch den Schrecken eines drohenden Traumas eine typische traumatische psychopathische Konstitution ausgelöst worden wäre. Vorläufig muß man sich auf die Annahme beschränken, daß der Schrecken eine sehr wesentliche Rolle spielt. Noch schwieriger gestaltet sich die Entscheidung hinsichtlich des dritten Faktors. Es wurde bereits oben im Anschluß an Fall V auf den Einfluß des Rentenkampfes auf die Erkrankung hingewiesen. Hier möge noch erwähnt werden, daß jener unglückselige Kampf um die Rente therapeutischen Bestrebungen einen Strich durch die Rechnung macht, indem es nicht gelingt, den erkrankten Traumatiker in jenes psychische Gleichgewicht und jene Ruhe zu bringen, die für eine Heilung Vorbedingung sind. In gleichem unheilvollen Sinne wirken die Begehrungsvorstellungen, die den Erkrankten sich immer wieder mit seinem Leiden beschäftigen lassen, indem er, um seine Rente zu erhöhen, nach neuen Symptomen sucht. So wird dem Traumatiker seine Rente zum Unheil, während derjenige, der keine Rente zu erwarten hat, wie viele Beispiele lehren, oft trotz erheblicher Beschwerden unter dem Zwange der Notwendigkeit seine Arbeit wieder aufnimmt und dadurch Heilung oder Besserung findet. Es handelt sich nun um die Frage: Wirkt der Faktor 3 nur so, daß er die Krank-

heit unterhält, oder ist er auch für die Entstehung der Krankheit verantwortlich zu machen? Dieses letztere erscheint in hohem Grade wahrscheinlich. Daß der Einfluß dieses Faktors 3 allerdings nicht so weit geht, daß ohne ihn ein Zustandekommen einer traumatischen psychopathischen Konstitution nicht möglich ist, macht Fall 3 in hohem Grade wahrscheinlich, indem hier die Erkrankung vor der ersten Beobachtung ausbricht, indem hier ein Kampf um die Rente gänzlich fehlt, und trotzdem ein ausgeprägtes Krankheitsbild zustande kommt.

So groß nun aus oben angeführten Gründen das Unbehagen des Wissenschaftlers der traumatischen psychopathischen Konstitution gegenüber sein muß, so sehr hat sie trotzdem ihre volle Berechtigung, und zwar liegt diese Berechtigung in dem Bedürfnis, gewissermaßen eine Rubrik für einen häufigen nach Trauma auftretenden Symptomenkomplex zu haben, den man unter einer anderen Diagnose nicht ohne Zwang unterbringen kann. Sie findet ihre Berechtigung also in praktischen Gründen, und dient gewissermaßen Ordnungszwecken, ist damit eine Etappe auf dem Wege zur Gewinnung eines festen Maßstabes zur Beurteilung einer Erwerbsbeschränkung psychisch erkrankter Traumatiker und damit geeignet, zur Einschränkung des Rentenkampfes beizutragen.

Diejenigen Krankheitsbilder nun, unter die man unsere hier vorliegenden Symptomenkomplexe am ehesten sonst unterbringen könnte, wären Hysterie, Neurasthenie und die Hystero-Neurasthenie; denn wir haben, was zunächst die Hysterie anbetrifft, eine Reihe von hysterischen

Symptomen wie: Reizbarkeit, Weinerlichkeit, Depression (eine Eigentümlichkeit der männlichen Hysterie) und Herabsetzung der Konzentrationsfähigkeit, andererseits fehlen aber so wichtige hysterische Symptome wie z. B. die Suggestibilität, daß eine solche Unterbringung doch höchstens als Notbedarf gelten könnte. Ähnlich steht es mit der Diagnose Neurasthenie, für die wir folgende Symptome anführen könnten: Pathologische Reizbarkeit, rasche körperliche und geistige Ermüdbarkeit, Sinken der Konzentrationsfähigkeit und als deren Folge Gedächtnisschwäche. Doch wie bliebe dann die gleichmäßige Depression und der in ausgeprägten Fällen der traumatischen psychopathischen Konstitution auftretende ange-deutete Intelligenzdefekt. Am meisten käme aber noch die Diagnose der Hystero-Neurasthenie in Betracht, dagegen müssen aber der erwähnte Intelligenzdefekt und die eine große Rolle spielenden Zornhandlungen, wie sie weiter oben charakterisiert wurden, angeführt werden.

Es handelt sich bei der traumatischen psychopathischen Konstitution also, um die Ergebnisse zum Schluß noch einmal zusammenzufassen, um eine häufig nach Kopf-trauma vorkommende Erkrankungsform mit folgenden Symptomen: Pathologische Reizbarkeit mit großer Neigung zu Zornhandlungen, bei welchen Unorientiertheit und nachfolgende Amnesie höheren oder geringeren Grades beobachtet werden; Weinerlichkeit; rasch eintretende geistige Ermüdbarkeit und Sinken der Konzentrationsfähigkeit der Aufmerksamkeit, als deren Folge Schwäche der Merkfähigkeit auftritt; in ausgebildeten

Fällen ein leichter Intelligenzdefekt mit Abnahme der Interessen und der Urteilsfähigkeit gegen früher; schließlich eine anhaltende mäßige Depression, die nicht so hochgradig ist, daß sie zum Selbstmord führt.

Zum Schluß möchte ich mir erlauben, Herrn Prof. Ziehen für die gütige Überlassung der Krankengeschichten sowie für seine lebenswürdige Anregung und Unterstützung bei der Bearbeitung derselben meinen ganz ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Koch, J.: Kurzgefaßter Leitfaden der Psychiatrie. Ravensburg 1889.
 2. Oppenheim, H.: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten fünf Jahren gesammelten Beobachtungen. 2. Auflage. Berlin 1892.
 3. Koch, J.: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1893.
 4. Saenger, Alfred: Die Beurteilung der Nervenerkrankungen nach Unfall. Stuttgart 1896.
 5. Bruns, L.: Die traumatischen Neurosen (Unfallsneurosen). Aus Nothnagel: Spezielle Pathologie und Therapie.
 6. Ziehen: Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1902.
 7. Charité-Annalen 1905—1908.
-

Lebenslauf.

Ich, Otto Pohrt, bin geboren am 12. August 1882 in Kokenhusen (russische Ostseeprovinzen) als Sohn des Pastors Gottlieb Pohrt und bin evangelisch. Ich besuchte von 1894—1902 das Gymnasium zu Plön und bestand hier am 6. Februar 1902 mein Abiturientenexamen. Nach Besuch der Universitäten Erlangen, Göttingen und Jena trat ich in die Kaiser-Wilhelms-Akademie zu Berlin ein, war nach Beendigung meines Studiums ein Jahr lang als Unterarzt am Charité-Krankenhaus tätig, und erhielt, nachdem ich am 14. März 1909 mein ärztliches Staatsexamen bestanden hatte, am 26. März 1909 meine Approbation und bin jetzt Assistenzarzt beim Infanterie-Regiment Herzog von Holstein (Holsteinischem) Nr. 85 zu Rendsburg.
